Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

**Redakcyja:**
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

**Administracyja:**
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

**Ekspedycyja miejscowa**
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

**Przedpłatę przyjmują:**
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | w Austryi | w Król. Polskiém i Ces. Ros. | w Niemczech | we Francyi |
|---|---|---|---|---|
| Rocznie | 8 złr. 80 c. | 6 rsr. | 16 mk. | 24 fr. |
| Półrocznie | 4 „ 40 „ | 3 „ | 8 „ | 12 „ |
| Kwartalnie | 2 „ 20 „ | 1½ „ | 4 „ | 6 „ |

Kraków, 18 lipca 1885. № 29. Rok XXIV.



## I. O chirurgiczném leczeniu wola.

Wykład habilitacyjny **Dra H. Schramma**
asystenta kliniki chirurgicznéj.

Chciałbym pomówić o leczeniu choroby, która tak z powodu ważnych zboczeń, jakie za sobą może pociągnąć, jak niemniéj z powodu zdradliwego nieraz przebiegu zasługuje na uwagę, a z którą spotkacie się Panowie nieraz w swéj praktyce lekarskiéj, gdyż choroba ta nie należy wcale do rzadkich w naszym kraju. Mam tu na myśli wól, chorobę, którą każden prawie z Panów zna, bądź to z kliniki, bądź z widzenia, zwłaszcza, jeżeli przebywał choćby dni kilka w okolicach podgórskich, gdzie prawie na każdym kroku spotkać można ludzi, dotkniętych têm cierpieniem. Nie mogę dzisiaj wdawać się w bliższe określenie téj choroby, ani podawać jéj cech rozpoznawczych od innych podobnych zboczeń, pomijam téż opis poszczególnych odmian wola a przechodzę do leczenia téj choroby i to do leczenia tylko chirurgicznego.

Przedewszystkiém kładę nacisk na to, że do leczenia tego wolno nam uciec się dopiero wtedy, jeżeli środki wewnętrzne, a więc jod podany czyto jako jodek potasu, jako wody jodowe lub jako polecany w najnowszych czasach jodoform, lub w postaci maści jodowych stosowanych na szyję, nie odniosą skutku lub gdy chory zglasza się w takim stanie i z takim rodzajem wola, iż według uzyskanego doświadczenia możemy z góry powiedzieć, że wymienione środki pozostaną z pewnością bez skutku. W takich więc razach wolno nam w celu wyleczenia chorego użyć stosownie do wskazania jednego ze środków chirurgicznych. A środków tych mamy obecnie nie wiele, gdyż znaczną część dawniéj używanych sposobów bądźto jako nieodpowiednie porzucono lub téż zastąpiono innemi pewniejszemi i bezpieczniejszemi środkami. Tak się stało z używaném dawniéj zakładaniem zawłoki do wola, ten los spotkał przypalanie wola za pomocą strzałek zrobionych z istot żrących i wprowadzanych w miąższ gruczołu, sposób polecany przez Chassaignaca, Mackenziego i Demmego, tak samo porzucono podskórne rozrywanie wola za pomocą wbitego weń trójgrańca, jak to w swoim czasie polecał B i l l r o t h; również oddalenie wola przez podwiązanie go bądź wraz ze skórą lub podskórnie, jak to zalecali H e i s l e r, R i c h t e r, M a j e r, B e l l a r d i inni; odgniatanie go za pomocą ekrasera lub oddzielanie pętlą galwanokaustyczną M i d d e l d o r p f a ustąpiły przed innemi pewniejszemi środkami chirurgicznemi, tak że dzisiaj posiadamy właściwie tylko trzy rodzaje chirurgicznego leczenia wola; sąto wstrzykiwania cieczy drażniących, nacięcia i wyłuszczenia zwyrodniałego gruczołu. O tych trzech więc zabiegach chcę z Panami pomówić, podam wskazania i przeciwwskazania do ich wykonania, zwrócę uwagę na niebezpieczeństwo, jakie za sobą mogą pociągnąć, przedstawię wyniki, jakich po każdym z nich możemy się spodziewać, a wreszcie opiszę pokrótce sposób wykonania. Zacznijmy od zabiegu względnie najłagodniejszego, t. j. od wstrzykiwań miąższowych. Zabieg ten polega na têm, że za pomocą znanéj wszystkim Panom strzykawki Pravaza wprowadza się w sam miąższ gruczołu małą ilość leku, który ma sprowadzić zanik powiększonego gruczołu. Sposób ten podał pierwszy L ü c k e około roku 1868 a prawie równocześnie z nim ogłosił swe doświadczenia L u t t o n w R h e i m s. Obaj ci badacze używali do wstrzykiwań nastoju jodowego, nieco późniéj polecił S c h w a l b e wstrzykiwania czystego wyskoku, P a r a n a wstrzykiwał wody mineralne, P e p p e r zaleca wstrzykiwania ergotynu, W o a k e s próbował w tym celu kwasu fluorowego i miał nim osiągnąć dobre wyniki, G r ü n m a c h chwali bardzo wstrzykiwania roczczynu Fowlera, a w najnowszych czasach polecił S z u m a n n wstrzykiwania kwasu nadosmowego.

Z pomiędzy tych wszystkich środków największém, przynajmniéj jak dotąd, powodzeniem cieszy się nastój jodowy, radzilbym więc Panom trzymać się w swéj praktyce tego sposobu, jako najwięcéj wypróbowanego, a dopiero

w razie, gdyby on pozostał bez skutku i gdyby w ogóle przypadek nadawał się do dalszych prób z wstrzykiwaniem miąższowém, wstrzykiwać rozczyn Fowlera lub kwas nadosmowy, któreto środki w innych analogicznych cierpieniach odnoszą dobry skutek.

Przypadki nadające się do leczenia za pomocą wstrzykiwań miąższowych sąto wola małe, krótkotrwające, wywołane przez przerost tkanki gruczołowéj czyli tak zwana *struma parenchymatosa.* W przypadkach takich można przez wstrzykiwanie osiągnąć bardzo dobre wyniki, mimo że jod podawany wewnętrznie lub stosowany w maści pozostał bez skutku. Daleko mniéj nadziei możemy robić choremu wyleczenia go tym względnie łagodnym środkiem, jeżeli mamy do czynienia z wolem włóknistym lub polegającym na klejowatém zwyrodnieniu gruczołu. Zupełnie bez skutku są oczywiście wstrzykiwania miąższowe wobec wola torbielowego a przeciwwskazane tam, gdzie powiększenie gruczołu tarczykowego wywołane jest przez rozwój w nim nowotworu złośliwego.

Co do pytania, w jaki sposób działają wstrzykiwania miąższowe, to jedni autorowie, np. Lücke, sądzą, że jod i tutaj rozwija swoiste działanie na gruczoł tarczykowy, inni są zdania, że całe działanie polega na wznieceniu w miejscu wstrzyknięcia ograniczonego zapalenia, które prowadzi do zbliznowacenia i zaniku tkaniny gruczołowéj. Ale i w takim razie nastój jodowy zasługuje na pierwszeństwo przed innemi lekami, a to z powodu, iż wzniecając ognisko zapalne wprowadzamy zarazem pewną ilość tak dzielnego środka przeciwgnilnego, jakim jest jod, który ulega wessaniu powoli, zostaje więc na miejscu przynajmniéj tak długo, jak trwa stan zadrażnienia. Obawa więc, aby w miejscu wstrzyknięcia nie przyszło do ropienia, jest znacznie mniejszą niż po wstrzykiwaniu innych cieczy, bądźto łatwo ulegających wessaniu, bądźteż nieposiadających własności przeciwgnilnych.

Co do sposobu wstrzykiwań miąższowych, to jest on bardzo prosty. Zwracam tylko uwagę Panów, abyście ten na pozór drobny zabieg chirurgiczny wykonywali zawsze ściśle przeciwgnilnie. A więc własne ręce, szyję chorego i strzykawkę należy dokładnie oczyścić kwasem karbolowym a igiełkę jeszcze bezpośrednio przed wkłuciem umoczyć w kwasie karbolowym. Tym bowiem sposobem uniknąć można, przynajmniéj z wielkiém prawdopodobieństwem, wprowadzenia istot zakaźnych do gruczołu i uchronić się od niebezpiecznego ropienia gruczołu, a w razie gdyby się to nieszczęście zdarzyło, można sobie przynajmniéj powiedzieć, że się zrobiło wszystko, co tylko jest w naszéj mocy, aby temu zapobiedz.

Po tych przygotowaniach oznacza się miejsce, w które mamy zrobić wstrzyknięcie, przyczém oczywiście wybieramy guz największy. Należy tylko uważać, aby nie skaleczyć igłą powierzchownych naczyń i dla tego uciskamy ręką u spodu szyi, przez co żyły napełniają się i stają się widocznemi. Następnie ustala się guz między palcami i wbijamy igiełkę w kierunku prostopadłym na $1\frac{1}{2}$—2 ctm. w głąb. Unikać należy zbyt powierzchownego wkłucia, gdyż w takim razie lek mógłby się dostać w luźną tkankę łączną podskórną i wywołać tam silne zapalenie, nie wolno też wbijać igły zbyt głęboko, aby płyn nie dostał się za blisko tchawicy, wielkich naczyń i nerwów. Po wbiciu igiełki naciska się na tłoczek i wstrzykuje powoli żądaną ilość leku do gruczołu. Szczególnie przy pierwszém wstrzykiwaniu ilość leku wprowadzonego do gruczołu powinna być mała, 2—3 przedziałek zwykłéj strzykawki Pravaza. Jeżeli się przekonamy, że oddziaływanie po tym zabiegu jest nieznaczne, wolno podnieść dawkę do 5 lub 6 przedziałek, wstrzykiwanie większych ilości jest niepotrzebne. Po wstrzyknieniu wyciąga się szybko igiełkę, miejsce wkłucia pokrywamy kawałkiem gazy jodoformowéj, którą przytrzymuje pasek przylepca. Następne wstrzyknięcie należy robić wtedy, gdy odczyn wywołany przez poprzednie przeminie zupełnie. Może to mieć miejsce już po 24 godzinach, czasem po dwóch dniach lub późniéj. Odczyn ten bywa zazwyczaj bardzo mały, ogranicza się do chwilowego bólu, który rozszerza się czasem ku karkowi lub szczęce dolnéj. Czasem jednak występuje dość silne obrzmienie gruczołu, z tego więc powodu we wolach podmostkowych i w przypadkach, w których istnieje już, choćby niewielka, duszność, należy robić wstrzykiwania bardzo ostrożnie i należy mieć chorego przynajmniéj przez kilka godzin w ciągłéj obserwacyi, gdyż obrzmienie to mogłoby, mimo wskazanych w takim razie okładów lodowych, wywołać bardzo znaczną duszność, wymagającą natychmiastowego otwarcia tchawicy. Sąto przypadki wprawdzie bardzo rzadkie, trzeba jednak o nich wiedzieć, aby niebezpieczeństwo nie zaskoczyło lekarza nieprzygotowanego.

Odczyn zapalny wywołany przez wstrzyknięcie leku do gruczołu może się spotęgować aż do nacieku ropnego. Niebezpiecznego tego powikłania można wprawdzie uniknąć prawie zawsze przez zachowanie przy operacyi wspomnianych ostrożności przeciwgnilnych. Że jednak zdarza się ono jeszcze dosyć często, dowodzi tego zestawienie Kochera, który na 24 przypadków zapalenia wola *(strumitis)* wykazał jako przyczynę 6 razy wstrzykiwania miąższowe.

Zabieg ten może téż pociągnąć za sobą inne jeszcze przykrzejsze następstwa, są bowiem znane przypadki, w których po wstrzyknieniu jodu do gruczołu nastąpiło porażenie więzadła głosowego i znane są przypadki nagłéj śmierci, np. opisane przez Lückego i Schmidta, sprowadzonéj bądź to przez nagłe porażenie obu nerwów krtaniowych i nagłe zaduszenie, bądź z powodu dostania się jodu do większych żył i rozległą zakrzepicę. Z tego więc widzicie Panowie, że wstrzykiwanie miąższowe nie jest zabiegiem tak niewinnym, jakby się to może zdawało, że więc przystępować należy do niego tylko przy odpowiednich wskazaniach i z wszelką należną ostrożnością.

Wól torbielowy zajmuje cokolwiek odrębne stanowisko, uważam téż za stosowne pomówić z Panami osobno o jego leczeniu. Zazwyczaj nietrudno ostatecznie zawsze rozpoznać wol torbielowy za pomocą punkcyi próbnéj, którą należy zawsze wykonywać ściśle przeciwgnilnie, a do któréj zazwyczaj wystarcza strzykawka Pravaza. Czasem jednak płyn zawarty w torbielu jest tak gęsty lub pomięszany z strzępami włóknika, że przez cienką igiełkę nie można nic wydobyć, w takich razach, jeżeli inne objawy, jak okrągła postać, gładka powierzchnia i swobodne poruszanie się wbitéj igiełki strzykawki Pravaza przemawiają za istnieniem torbiela, wolno w celu pewnego rozpoznania użyć grubszego trójgrańca od strzykawki Dieulafoy lub Potaina. Jeżeli punkcyję wykonywamy jedynie w celu rozpoznawczym, natenczas należy ograniczyć się do wyciągnięcia tylko kilku kropli cieczy, a to tém bardziéj że samo, choćby całkowite, opróżnienie torbiela do wyleczenia nie wystarczy, a powstać może ze ścian torbiela znaczny krwotok i sprowadzić nagły ucisk na tchawicę. Jako środki lecznicze we wolu torbielowym posiadamy wypuszczenie cieczy w nim

zawartéj z następowém wstrzyknięciem cieczy drażniących, nacięcie torbiela lub jego wyłuszczenie.

Wykonanie pierwszego z tych zabiegow jest bardzo proste i łatwe. Przygotowawszy tak pole operacyjne jak i narzędzia w ten sam sposób, jak to Panom opisałem mówiąc o wstrzykiwaniach miąższowych, wbija się trójgraniec grubości mniéj więcéj pióra kruczego do torbiela i wypuszcza zawartą w nim treść. Następnie wstrzykuje się do torbiela przez rurkę trójgrańca 20—30 gramów czystego nastoju jodowego, (wstrzykiwanie innych cieczy zostało prawie porzucone), który pozostawia się przez 5—10 minut, ugniatając tymczasem delikatnie na torbiel, aby wszystkie jego ściany zetknęły się z wstrzykniętym płynem; następnie wypuszcza się resztę nastoju jodowego, wyciąga trójgraniec a otwór wkłucia pokrywa kawałkiem gazy jodoformowéj i zalepia plastrem lepkim. Po tym zabiegu chory doznaje zwyczajnie silnego bólu, a miejscowo występuje odczyn zapalny czasem dość silny, połączony z gorączką dochodzącą do 39°C. i trwającą 2—3 dni. W celu zapobieżenia zbytniemu obrzmieniu szyi należy zaraz po dokończeniu operacyi nałożyć opatrunek lekko uciskający, najlepiéj z pasków gazy lub cienkiego płótna namoczonego w kolodium, a obejmujący $^2/_3$ obwodu szyi. Z powodu tego nagłego obrzmienia wystąpić może zwłaszcza w torbielach sięgających częściowo pod mostek nagła duszność tak wysokiego stopnia, że koniecznem jest natychmiast torbiel otworzyć lub go wyłuszczyć. Z tego więc powodu należy zawsze chorego, u którego wykonaliśmy ten zabieg, pozostawić przynajmniéj przez pierwsze godziny pod ciągłą obserwacyją, aby przypadkiem pomoc nasza nie przyszła za późno.

Niezapominajcie téż Panowie uprzedzić chorego, że na razie nie będzie skutku operacyi, że szyja może być nawet grubsza, niż była przed operacyją, dopiero w następnych tygodniach wysięk zapalny sprowadzony zadrażnieniem ścian torbiela ulega wessaniu, ściany torbiela zrastają się i następuje wyleczenie. Nie zawsze jednak osiągamy ten pomyślny skutek. Dość często torbiel nie zrasta się, owszem napełnia się cieczą na nowo i pozostaje stan taki, jaki był przed operacyją. Pomyślnego wyniku możemy się spodziewać, gdy torbiel leży powierzchownie, gdy ściany jego są cienkie a treść rzadka, zupełnie jasna lub barwy jasno brunatnéj. W przeciwnym razie, zwłaszcza gdy ściany są grube, może nawet częściowo zwapniałe, a treść gęsta zawiera strzępy włókniste, nadzieja wyleczenia przez opisane wstrzykiwanie jodu jest bardzo mała, i lepiéj jest nawet środka tego nie próbować i od razu przystąpić do innych pewniejszych sposobów. (Dok. n.)

---

## II. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

## Kazuistyka sądowo- i policyjnolekarska.

X.

### Uwagi nad otruciem kwasem pruskim i jego połączeniami.

Podał **Walery Momidłowski.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 28).

Jako charakterystyczną i na połączenia sinowodowe bardzo czułą podaje Schönbein następującą próbę: Jeżeli do krwi z kwasem pruskim dodamy nadniedokwasu wodu ($H_2O_2$), wtedy smugi pochłonne hemoglobiny tlennéj znikają, poczém żadne inne nie występują. Twierdzi on, że próbą tą wykryć można $^1/_{800.000}$ część kwasu pruskiego we krwi i tłumaczy zjawisko to w ten sposób, że krew z kwasem pruskim nie posiada własności rozkładania nadniedokwasu wodu na tlen i wodę, jak to krew prawidłowa czyni. Jüdell (*Die Vergiftung mit Blausäure und Nitrobenzol*, 1876) potwierdza dokładność i pewność téj próby, utrzymując, że za pomocą niéj z nadzwyczajną ścisłością kw. pruski we krwi wykryć jesteśmy w stanie. Hermann w swéj Toksykologii doświadczalnéj oświadcza się również za próbą Schönbeina, czyni atoli zarazem tę uwagę, że gdy do krwi dodamy najpierw $H_2O_2$ a następnie kwasu sinowodowego, to katalyza $H_2O_2$ nie zostaje powstrzymaną. Liman w dziele Caspra był pierwszym, który nie uważa téj próby za pewną twierdząc, że we krwi prawidłowéj za dodaniem $H_2O_2$ smugi hemoglobiny tlennéj znikają tak samo, jak we krwi z kwasem pruskim. Jedyną różnicę między krwią prawidłową a krwią z kw. pruskim upatruje w tém, że ostatnia po dodaniu $H_2O_2$ więcéj brunatnieje aniżeli pierwsza, która znowu więcéj się pieni, aniżeli krew z kwasem pruskim. Mimo to późniéj już Falck w Toksykologii swéj oświadcza się za próbą Schönbeina a Seidel w dziele Maschki przyjmuje ją za dobrą dodając ze swéj strony przypuszczenie, że ciałka czerwone krwi wobec śladów kw. pruskiego tracą własność przyjmowania tlenu i oddawania tegoż ciałom łatwo się utleniającym. Wreszcie E. Hofmann w swéj Medycynie sądowéj nawet jeszcze w ostatniém wydaniu z 1884 r. (str. 675) wspomina o niéj bez wszelkich ze swéj strony uwag.

Według doświadczeń, pod kierunkiem prof. Dra Blumenstoka w zakładzie poczynionych, kwestyja ta przedstawia się jak następuje: Jeżeli do krwi z sinkiem potasu dodajemy $H_2O_2$, smugi pochłonne hemoglobiny tlennéj w przeciągu 30 sekund znikają zupełnie, przyczém krew przybiera barwę brunatnawą i bardzo nieznacznie się pieni. Jeżeli atoli do krwi czystéj dodamy $H_2O_2$, to smugi hemoglobiny również znikają i to w przeciągu $1^1/_2$—3, minut, przyczém krew przybiera barwę brunatną i najczęściéj brunatniejszą niż krew z kw. pruskim, pieniąc się przytém o wiele więcéj. Wynik ten zgodnym jest z zapatrywaniami Caspra-Limana z tą różnicą, że gdy w naszych próbach krew czysta z $H_2O_2$ zmięszana przybierała ciemniéj brunatną barwę, u pomienionych autorów rzecz miała się mieć odwrotnie. Jeżeli do krwi dodamy najpierw $H_2O_2$ a następnie rozczynu sinku potasu przez kwas solny zobojętnionego, smugi pochłonne również znikają, pozostawiając zupełnie wolne widmo spektralne, co zgadza się zupełnie z tém, co Hermann podaje [1]). Z tych więc prób wynikałoby, że tak krew czysta jak i z kwasem pruskim, a względnie zobojętnionym sinkiem potasu, względem $H_2O_2$ jednakowo się zachowuje, że więc próba Schönbeina żadnéj nie ma wartości rozpoznawczéj. Sam fakt zniszczenia smug hemoglobinowych przez $H_2O_2$ tłumaczą pospolicie w ten sposób, że krew posiada własność rozkładania $H_2O_2$ na tlen i wodę, którąto własność za dodaniem kwasu pruskiego ma utracać. Tłumaczenie samo przez się bardzo niejasne, gdyż uwolniony tlen musiałby przyczynić się do

---

[1]) Krew z gazem świetlnym wobec $H_2O_2$ podobnie się zachowuje jak z sinkiem potasu lub kw. pruskim.

utworzenia hemoglobiny tlennéj i do tém wyraźniejszego wystąpienia dwóch smug, temu połączeniu właściwych. Że atoli jakieś ciało gazowe we krwi z $H_2O_2$ uwalnia się, o tém świadczy pienienie się się krwi, zwłaszcza czystéj, mniejsze zaś z sinkiem potasu. Przypuściwszy atoli to, co podaje Hermann i inni, że katalyza $H_2O_2$ wobec kwasu pruskiego jest powstrzymaną, przypuścićby także należało, że to powstrzymanie nie ma żadnego wpływu na zniknięcie smug pochłonnych, skoro smugi te przy niepowstrzymanéj katalyzie we krwi czystéj również znikają. Seidel w dziele Maschki a za nim Falk za Gähtgensem powtarzając sądzą, że zdolność ciałek czerwonych krwi przyjmowania i oddawania tlenu już wobec minimalnych ilości kwasu pruskiego jest zniesioną. Że problematyczne, a przez wielu autorów powtarzane, powstrzymanie rozkładu $H_2O_2$ nie dowodzi niezdolności przyjmowania tlenu przez ciałka czerwone, wynika z tego, co powyżéj powiedzieliśmy, przeciw zaś zdolności przenoszenia i oddawania tlenu przemawia próba ozonowa (w któréj, nawiasem mówiąc, użyliśmy zamiast terpentyny z bardzo dobrym skutkiem *Ol.eucalypti globuli*) we krwi z sinkiem potasu. Wielokrotnie powtarzane próby dały zawsze wynik dodatni wbrew temu, co Hermann podaje, że krew z sinkiem potasu lub kw. pruskim na próbę ozonową nie oddziaływa. Daléj przeciw przypuszczeniu Seidla przemawia także zdolność odtleniania się hemoglobiny tlennéj wobec sinku potasu. Za dodaniem do krwi z sinkiem potasu, która dwie smugi hemoglobiny tlennéj wyraźnie okazuje, winianu żelazowo-amonowego, świeżo sporządzonego, smugi w kilkanaście sekund znikają a na ich miejsce występuje smuga hemoglobiny odtlenionéj.

Przypadek III. Mężczyzna, lat około 45 liczyć mogący, znaleziony został nieżywy pod drzewem z powrozem na szyi. Sekcyja zwłok wykazała następujące zmiany: Na szyi znajduje się postronek obecnie niezwiązany, którego dwa końce wolne zwrócone ku przodowi są znacznie cieńsze. Postronek ten nie przylega bezpośrednio do szyi, albowiem na niéj znajduje się chustka z przodu związana, kilka razy około niéj owinięta. Po zdjęciu téj chustki nie widać na szyi żadnego śladu bruzdy. Plamy pośmiertne barwy fijoletowéj. Po otwarciu klatki piersiowéj czuć dosyć wyraźną woń migdałów gorzkich. Płuca na przekroju okazują się przepełnione krwią prawie czarną, tylko w cienkich warstwach wiśniową, wydającą wyraźną woń migdałów gorzkich. Na rozkroju płuca zalewają się płynem pienistym czerwonym. Żołądek zawiera resztki pokarmów niestrawionych, na rozkroju wydaje zapach wyraźny migdałowy, rozchodzący się po całéj sali. Błona śluzowa przedstawia w niektórych miejscach zwłaszcza na wysokości fałdów drobne wybroczyny. W treści płynnéj miazgi żołądkowéj widać wyraźne i liczne oczka tłuszczowe. Dwunastnica okazuje błonę śluzową mocno rozpulchnioną a na niéj widać jużto smugi drobnych wybroczyn, jużtéż smugi pochodzące widocznie z nasiąknięcia krwią. Śmierć nastąpiła prawdopodobnie z otrucia połączeniem kwasu sinowodowego i to prawdopodobnie olejkiem migdałów gorzkich.

Przypadek ten należy do ciekawszych z powodu, że na szyi denata znaleziono postronek, który zwracał przedewszystkiém uwagę na śmierć z uduszenia a w szczególności z powieszenia. Że bruzdy na szyi nie znaleziono, nie dowodzi niczego, bo zważyć należy, że zmarły pod sznurem miał na szyi chustkę kilka razy około niéj owiniętą, która wytworzeniu bruzdy łatwo przeszkodzić mogła. Zmiany anatomiczne w płucach, w żołądku i dwunastnicy mogłyby przemawiać nawet za śmiercią z uduszenia, a jedynie silnemu wystąpieniu charakterystycznéj woni zawdzięczyć należy, że uwaga obecnych zwróconą została na możliwość otrucia połączeniem kw. sinowodowego, za którém zmiany anatomiczne tak samo jak za uduszeniem przemawiały. Skłonniejsi atoli jesteśmy do przypuszczenia otrucia a to dla tego, iż o tém, że denat użył jakiegoś preparatu sinowodowego z pewnością wiemy, bo badanie chemiczne treści żołądkowéj tego dowiodło, czy zaś uduszenie miało miejsce nie wiemy. Możliwém jest, że zmarły użył np. olejku migdałów gorzkich, który działa powoli, że zawlókł się pod drzewo a nie widząc natychmiastowego skutku lub téż czując jakieś bóle w żołądku chciał sobie rychléj śmierć zadać i zamierzył użyć do tego znalezionego na szyi powrozu. Czy atoli duszenie miało miejsce, czy téż preparat sinowodowy wcześniéj swój skutek wywarł, osądzić nie można.

Jak dalece atoli trudném może być odróżnienie śmierci z uduszenia od otrucia preparatem sinowodowym, dowodzi przypadek głośny Baloghówny w Wiedniu, którą znaleziono w pokoju nieżywą ze śladami dławienia na szyi. Ponieważ żadnych innych wskazówek nie było, oświadczono się za śmiercią z uduszenia przez osobę drugą. Dopiero po dłuższym czasie zjawia się młody człowiek, który podaje się jako morderca Baloghówny opisując sam akt morderstwa w ten sposób, że do kawy, którą Baloghówna pić miała, domieszał kwasu pruskiego i gdy po wypiciu przez nią téj kawy po pewnym dopiero czasie skutek zaczynał się pojawiać, on już pod sam koniec jéj życia przez silne ugniecenie gardła śmierć jéj ostatecznie wywołał. Czy rzecz istotnie tak się miała, nie podobna sprawdzić, możliwości atoli wykluczyć nie można. W naszym przypadku, gdzie o współdziałaniu osoby drugiéj mowy nie było, konkurencyję taką przyczyn śmierci trudniéj przypuścić, ale wykluczyć jéj absolutnie także nie można.

Co do formy, w jakiéj kwas sinowodowy użytym został, istnieje pewien szczegół przemawiający za olejkiem migdałów gorzkich. W żołądku mianowicie znaleziono kuleczki tłuszczowe w treści żołądkowéj pływające, które pochodzićby mogły albo od nitrobenzolu, albo od olejku migdałów gorzkich, albo wreszcie od tłuszczu nie dawno przed śmiercią z pokarmami spożytego. Że od nitrobenzolu one nie pochodzą, o tém świadczy brak zmian anatomicznych otrucie to cechujących i badanie chemiczne, czy zaś pochodzą od olejku migdałów gorzkich, czy ze spożytych a niestrawionych jeszcze pokarmów, rozstrzygnąć się nie da. Za olejkiem przemawia wspomniana już okoliczność powolnego działania, chociaż znane są także przypadki otrucia sinkiem potasu i kwasem pruskim, w których działanie bardzo powoli wystąpiło.

Przypadek ten należy właśnie do tego rodzaju przypadków, gdzie lekarz z wszelką możliwą ostrożnością i przezornością orzekać winien. Stanowi on labirynt domysłów i domniemywań, w którym zgubić się bardzo łatwo, jeżeli się nie ma ciągle na względzie prawidła, aby nie orzekać za wiele.

## III. Olej terpentynowy przeciw liszkom muchy w uchu.

Podał Dr. Koehler w Poznaniu.

Zbliża się czas, w którym napotykają się liczne przypadki gąsienic muchy w uchu, to téż chciałbym dziś zwrócić

uwagę na środek je zabijający, którego od przeszło 6ciu lat z dobrym używam skutkiem. Jak przeciw wszelkim ciałom obcym w kanale zewnętrznym ucha, tak i przeciw tym robakom zwykle wstrzykuje się letnią wodę do ucha, wiadomo jednak, że woda ich nie wypędza, że przeciwnie wiercąc się i kręcąc cofają się ku bębenkowi a drażniąc go wywołują dotkliwy bardzo ból, a nawet, co słusznie i Schwartze w swém najnowszém dziele (*Lehrbuch der chirurgischen Krankheiten des Ohres 1885*) wspomina, przyczepiają się mocno za pomocą swego aparatu haczykowatego do skóry przewodu. Zakraplanie wpierw olejem polecone przez Heinego również do celu nie doprowadza. Przez wdmuchiwanie dymu tytuniowego lub chloroformu nie tylko nie dają się wypędzić, ale pobudza się je do większego wiercenia się. Chloroform zmusza liszki do gwałtownych ruchów, przez co nader mocne powstają bóle. Moje badania w tym kierunku zgadzają się zupełnie z spostrzeżeniami Garuca (*Allg. Med. Centr. Ztg.* 1880, Nr. 9), który przez inhalacyje chloroformu u choréj dopiero przez kilka dni wszystkie gąsienice z nosa wśród bólu wypędzić zdołał. Troeltsch w dziele swém wspomina polecone przez Verduca przykładanie do ucha jabłka renety, jako przynętę, środek równie śmieszny, jak ze Szwajcaryi zachwalane przykładanie kawałka sera. Nie pozostawało więc nic, jak siedzenie na czatach i chwytanie pojedyńczych liszek szczypczykami, skoro która powietrza zaczerpnąć pragnąca główkę wysunęła. Niepokój dzieci, które głównego kontyngensu tych przypadków dostarczają, rzadko jednak zezwala na szczęśliwe schwycenie, a potrzeba czasem u grymaśnych zwłaszcza dzieci ze dwie godziny silić się, zanim się owe 8—12 liszek (liczba zwykła), wychwytać uda. Krzyk przeraźliwy dziecka, nużąca i wielkiéj cierpliwości wymagająca praca, zniewoliły mnie do szukania środka, któryby szybko i bez niebezpieczeństwa dla ucha działał. Środkiem tym jest olejek terpentynowy. Dziecko kładzie się i przytrzymuje na boczek zdrowy, w ucho zakrapla się pełno olejku terpentynowego, który 5 minut pozostaje. Spokój, który w téj chwili prawie się rozpoczyna, chętnie już dziecko samo do leżenia usposabia. Po 5ciu minutach płyn się wylewa i przestrzykuje ucho, przyczém martwe już liszki wypadają.

Mucha składa jaja zwykle w uchu takiém, w którém istnieje albo zapalenie ucha zewnętrznego lub ropne ucha średniego, słusznie więc nasuwa się pytanie, czy olejek terpentynowy w takich razach nie szkodzi. Moje spostrzeżenia przekonały mnie, że bez wszelkich uszkodzeń używać można środka tego, nigdy nie miałem jakichkolwiek, choćby najlżejszych, przypadów. Spokój zaś dziecka, które co dopiero przebyło wielkie bóle, najwymowniéj świadczy za tém, że ani szczypania, ani téż innego przykrego uczucia po tym środku nie ma.

Muchę, pchłę lub inne podobne żyjątko w przewodzie zewnętrznym ucha najlepiéj zabija się mocnym alkoholem.

---

## IV. Oceny i sprawozdania.

---

Baumgarten: **Doświadczalne i patologiczno-anatomiczne badania nad gruźlicą.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 28).

Co do obwodowego ułożenia jąder w komórkach olbrzymich, to autor za nadto dał się unieść swéj teoryi proliferacyjnéj potępiając ją z tego tylko powodu, że ułożenie jąder przy ich powstawaniu z endotelijów naczyń musiałoby być rozlaném (zapomina o tém, że bywa) wśród pierwoszczy komórek, które z sobą się zlały. Właśnie to zachowanie się jąder dało początek przypuszczeniu, że komórki olbrzymie powstają z utworów rurkowatych wyścielonych przybłonkami lub endotelijami, a byłoby dopiero wtedy dziwném, gdyby jądra tych utworów, zwanych komórkami olbrzymiemi, pochodzące z utworów kolistych, wzgl. rurkowatych, nie zachowywały tak często tego szczególnego ułożenia. Dla wytłumaczenia tego zjawiska przypuszcza nasz autor pewien antagonizm (Koch, Marchand) między jądrami a ciałami obcemi w komórce olbrzymiéj. Za takie ciała uważa i laseczniki, które zmuszają jądra do ułożenia się w możebnie najdalszych punktach od laseczników. Długo szukałem tego antagonizmu mającego mieć swój wyraz w obwodowém ułożeniu jąder przy siedzibie laseczników w środku komórki a w biegunowém przy antipolarnéj siedzibie tych ostatnich, ale nie znalazłem nic podobnego. Jeżeli istnieje jakieś prawo rozłożenia laseczników w komórkach olbrzymich, to z pewnością nie prawo powyżéj wzmiankowane. Stosując metodę Ehrlicha widzimy wprawdzie czasem, że laseczniki są antipolarnie ułożone, na przeciwległym zaś biegunie (z jądrami) komórki olbrzymiéj takowych nie widzimy, ale dzieje się także i odwrotnie, tj. że laseczniki są także na stronie jąder, podczas gdy na drugim biegunie mamy tylko masy serowate (wzgl. drobnoziarnistą pierwoszczę) bez laseczników, lub co najwięcéj zbarwione resztki jąder. Często utrudniają nam jądra dosyć silnie kontrastującą barwą nasycone a gęsto obok siebie i na sobie poukładane wyśledzenie laseczników, gdy jednak nie użyjemy drugiéj barwy, a z pierwszéj (alkalicznéj) zachowamy przy odbarwieniu tylko tyle, ile niezbędnie potrzeba do oryjentowania się w strukturze, to i w tych preparatach, gdzie antipolarne ułożenia jąder i laseczników zdawało się widocznem, znajdziemy przecież i na biegunie jąder taką samą, mniejszą lub większą ilość laseczników. Tak więc i ta podstawa teoryi proliferacyjnéj Baumgartena upada. Teoryja proliferacyjna może być usprawiedliwioną co do innych komórek olbrzymich, np. w tkankach różnych nowotworów (*Sarcoma gigantocellulare*); co do komórek olbrzymich w gruźlicy to powstawanie tychże daleko jaśniéj tłumaczy nam teoryja konfluencyjna Arnolda w zestawieniu z dzisiejszą etyjologiją gruźlicy.

W dalszym ciągu swéj pracy opisuje autor gruźlicę gruczołów limfatycznych i płuc. I w tych organach pierwsze elementy gruzełka powstają z stałych komórek, mianowicie w gruczołach nie z wolnych ciałek limfatycznych lecz z komórek stałych siatkowatéj tkanki łącznéj, bo tylko w jądrach téj ostatniéj widział figury karyokinetyczne (przeciwnie jak Flemming). Komórki epitelioidowe, pierwsze elementy składowe gruzełka i tu są następstwem hyperplazyi stałych komórek, a mianowicie komórek siatkowatych i endotelijów naczyń włosowatych. Ciałka limfatyczne zachowują się biernie. W jednym przypadku miał autor widzieć w komórce epitelioidowéj cztery figury karyokinetyczne (formy kłębkowéj) i uważa to spostrzeżenie za bezpośredni dowód teoryi proliferacyjnéj. Nie wchodzę w bliższe ocenienie tego spostrzeżenia, które zresztą niekoniecznie musi mieć znaczenie przez autora mu nadane; widział on to zresztą tylko raz i jak sam przyznaje „*in allerdings nicht besonders schöner Ausprägung.*“

I w płucach *mutatis mutandis* taką samą jest geneza gruzełka: komórki epitelioidowe pochodzą z przybłonków pęcherzyków, oskrzeli, stałych ciałek tkanki łącznéj i endotelijów naczyń. Komórki limfoidalne przechodzą w gruzełek od jego obwodu i są tém liczniejsze, im więcéj jest gruzełków i im większe towarzyszące im na obwodzie przekrwie-

nie. Przy znacznéj ilości gruzełków (i laseczników poprzednio) objawy zapalenia reakcyjnego są tak znaczne, naciek drobnokomórkowy tak zakrywa pierwotny składnik gruzełka, tj. komórki epitelioidowe, że takowe już ani za pomocą przyrządu Abbégo ani immersyi nie dadzą się wyśledzić, jedném słowem powstaje obraz bronchopneumonii. Zapalenie płuc serowate Virchowa, deskwamacyjne Buhla, naciek Laënneca sprowadza autor do téj jednostki gruzełka z towarzyszącém mu zapaleniem. Nie ma nic nad jednolitość. Tutaj powinien był jednak autor zrobić pewne wyjątki, a przynajmniéj przyznać ich możliwość. Sam twierdzi w pierwszéj części swéj pracy, że swoistość lasecznika nie na tém polega, że on wywołuje nowotworzenie, tj. gruzełek, ale w tém, że pod jego wpływem gruzełek serowacieje. Nie istnieje już dzisiaj ani *pneumonia caseosa* ani *desquammativa* w znaczeniu Virchowa, względnie Buhla, ale zdarzają się z pewnością ogniska w płucach, natury od początku czysto zapalnéj, które dopiero następowo zakażone lasecznikami ulegają nekrozie koagulacyjnéj i rozpadowi. Tu należą np. ogniska zapalne naokoło jam bronchiektatycznych u podstawy płuc w gruźlicy szczytowéj. Tutaj śluz spływający z szczytu płuc gruźliczo się rozpadających zakaża ogniska zapalne już dawniéj istniejące i sprowadza ich zserowacenie. Autor opisywał przecież wyniki gruźlicy sztucznie wywołanéj, która drogą limfatyczną dostaje się do płuc, a ta przecież nie da się przenieść na owe formy gruźlicy inhalacyjnéj, które według doświadczeń Tappeinera i Veraguta są oczywistemi bronchopneumonijami.

Mimo słabo uzasadnionéj hipotezy o komórkach olbrzymich, mianowicie o ich pochodzeniu proliferacyjném, praca autora jest wielkiéj doniosłości. Przedstawia nam ona na drodze doświadczalnéj z uwzględnieniem dzisiejszéj etyjologii rozwój gruzełka, pochodzenie jego istotnych części składowych, ich stosunek wzajemny do siebie i znaczenie każdego z osobna. Teraz dopiero możemy sobie dokładnie sformulować pojęcie gruzełka czyniące zadosyć tak wymogom patologiczno-anatomicznym, jakotéż etyjologicznym.

Gruzełek zatém jestto nowotwór powstający z stałych komórek tkanin dzielących się pod swoistym wpływem laseczników, do któregoto nowotworu przystępuje obwodowe reakcyjne zapalenie i wreszcie koagulacyjna nekroza. (*Zeitschrift f. klin. Med.* IX, zeszyty 2, 3 i 4). *Dr. Obrzut.*

## Przyczynki do antyseptyki w chirurgii.

II.

### Dr. Kümmell: Zakażenie dotykiem i powietrzem w chirurgii.

(Dokończenie. Patrz Nr. 28).

Przystępując do omówienia zakażenia przez powietrze uwzględnia K. powietrze wydechane z płuc i powietrze otaczające. Aby się przekonać, czy pierwsze zawiera w sobie drobnoustroje, przedsięwziął K. następujące doświadczenia: Do kolbki z gelatyną, przez któréj zatyczkę watową przeprowadził rurkę szklaną zakrzywioną, kazał wydechywać 20—30 razy silny prąd powietrza i nigdy w gelatynie bakteryje się nie rozwijały. To samo doświadczenie powtórzył z tą modyfikacyją, że kazał wydechywać powietrze nie przez rurkę lecz wprost raz do epruwetki, drugi raz do kubka a trzeci do kolbki o większych rozmiarach, w którychto naczyniach znajdowała się gelatyna lub Agar-Agar. W żadnym przypadku nie dostrzegł rozwoju bakteryj, chyba że razem z powietrzem wydechaném nieco śliny do naczynia się dostało.

Z tego wnosi K., że powietrze wydechane bakteryj nie zawiera, że więc przez nie rana zakażoną być nie może.

Badając powietrze otaczające K. posługiwał się metodą Hessego i doszedł do następujących rezultatów:

Powietrze z sali operacyjnéj przy obecności osób do operacyi potrzebnych wywołało rozwój bakteryj w gelatynie po 4—5 dni, a mianowicie rozwinęły się cztery działkogrzybki obok *Penicillium glaucum*, *Aspergillus niger.* Chcąc wszelki pył z powietrza usunąć, zlał K. ściany i wszystkie przedmioty w sali się znajdujące silnym strumieniem wody a powietrze następnie badane ku wielkiemu zdziwieniu badającego wykazało wielkie ilości pleśniawek i kilka kolonij działkogrzybków. Pył więc ze ścian spłukany został widocznie zawieszony w powietrzu, a domysł ten potwierdził fakt, że 1½ godz. potém w powietrzu znajdowały się tylko nieliczne kolonije bakteryj. Po umyciu ścian i sprzętów wodą i mydłem jednego dnia wieczorem na drugi dzień rano badane powietrze wywołało w gelatynie rozwinięcie się bakteryj, lecz tylko w górnéj jéj warstwie, podczas gdy reszta pozostała wolną i czystą. Badając powietrze z téj saméj sali, gdy w niéj znajdowały się opatrunki a jeden z tychże kałem powalany, znalazł w gelatynie przeszło 30 kolonij pleśniawek i niezliczoną ilość działkogrzybków. 9 litr. powietrza wziętego ze sali podczas rozpylania w niéj 2% kw. karb. wywołało w gelatynie rozwój licznych kolonij bakteryj i pleśniawek. Ta sama ilość powietrza wzięta po opadnięciu pewnéj ilości mgły rozpylonego płynu przedstawiała o połowę zmniejszoną ilość bakteryj i pleśniawek.

Małą względnie ilość bakteryj zawierało powietrze ze sali, w któréj znajdowali się cierpiący choroby zakaźne, a która odwietrzaną była sublimatem i dymem siarczanym. W 9 litr. tego powietrza znajdowało się 35 kolonij pleśniawek i 2 kolonije bakteryj.

Zestawiając wszystkie robione przez siebie doświadczenia co do ich wartości praktycznéj twierdzi Kümmell, że w obec użycia wody, mydła i szczotki wartość środków antyseptycznych redukuje się *ad minimum.* Narzędzia, skoro są tylko gładkie a budowa ich nie zanadto skomplikowana przez obmycie wodą i mydłem i następne zanurzenie w 3 lub 5% roz. kw. karb., w zupełności się dezinfekcyjonują. We właściwych warunkach kwas karbolowy zastąpionym być może przez sterylizowaną wodę.

Gąbki, przez wymycie wodą i mydłem i przechowanie ich w 1‰ roz. sublimatu, są w zupełności dezinfekcyjonowane. Kwas karbolowy i woda chlorowa jest tu zbyteczną.

Ręce przez częste i dokładne obmywanie wodą, mydłem i otrąbkami i następne opłukanie w 5% kw. karb. lub w wodzie chlorowéj ulegają zupełnéj dezinfekcyi.

Najmniejszą ilość bakteryj znalazł K. w powietrzu, gdy salę wymyto wodą i mydłem. Aby warunku tego można dopełniać ile możności często i dokładnie, urządził K. salę swą operacyjną w Hamburgu w ten sposób, że ściany jéj są zupełnie gładkie i dające się zmywać, kąty zaokrąglone i tylko dwie podpory na płyny irrygacyjne przerywają gładką powierzchnię ścian. Drzewo zostało ze sali wyrugowane. Szafka na narzędzia jest zrobiona ze szkła, głęboko w ścianę wpuszczona i szczelnie zamknięta. Sala bywa przed każdą operacyją gąbką na drążku umocowaną zmywana wodą i mydłem. Sala tak aseptycznie urządzona nie potrzebuje środków antyseptycznych. (*Deutsche medic. Wochenschrift* 1885. Nr. 22). *W. Momidłowski.*

A. Obaliński: **Szkice hernijologiczne.**

Kwestyja, czy w przepuklinie uwięzgniętéj zgorzelinowéj należy wyciąć kawałek jelita zgorzeli uległy z następowém zeszyciem kolistém (enterorafija pierwszorzędna), czy raczéj w każdym takim przypadku najprzód założyć sztuczną odbytnicę, a dopiero, gdyby taż nie dała się usunąć lżejszym sposobem, przystąpić do resekcyi i enterorafii wtórorzędnéj, jest dotąd nierozstrzygniętą. Panują różne zapatrywania w téj sprawie i tak: Péan, Billroth, Guillard i Reichel twierdzą na podstawie własnych spostrzeżeń przy łóżku chorego, że enterorafija wtórorzędna daje lepsze wyniki niż pierwszorzędna; C. Beck zaś, na podstawie doświadczeń robionych na zwierzętach, wykazuje, że w zgorzeli przepukliny uwięzgniętéj jest korzystniéj wykonać enterorafiję niż zakładać sztuczną odbytnicę, za czém i Jaffe w swojéj monografii gorąco przemawia dodając za warunek, aby sąsiednia otrzewna była w dobrym stanie.

Które ze zdań powyższych mamy przyjąć za prawidło, to dopiero obszerna kazuistyka (dotąd bardzo szczupła) podobnych przypadków rozstrzygnie w przyszłości. Totéż autor spotykając się z licznemi przypadkami przepukliny uwięzgniętéj zgorzelinowéj, stara się przez krytyczny rozbiór swoich przypadków przyczynić się do rozjaśnienia powyższéj kwestyi a zarazem podzielić się z czytelnikami własném doświadczeniem w przypadkach w ogólności przez siebie spostrzeganych przepukliny uwięzgniętéj.

Sto czterdzieści pięc przypadków przepukliny uwięzgniętéj podzielił autor dla łatwiejszego przeglądu na dwie główne kategoryje: przepukliny uwięzgnięte proste i przepukliny uwięzgnięte powikłane, rozumiejąc przez te ostatnie takie przypadki, gdzie jelito patologicznie zmienione wywiera wpływ na dalszy przebieg choroby, albo gdzie obok przepukliny istnieje inna sprawa chorobowa, grożąca więcéj życiu chorego niż sama przepuklina, lub wreszcie, gdzie z powodu zaniedbania się chorego, znacznego upadku sił nie można było przedsiębrać żadnego rękoczynu. Obok tego uwzględnił autor różne metody postępowania, z którychto rozpatrywań doszedł do następujących wniosków:

1) Na podstawie własnéj statystyki dotyczącéj 62 przypadków przepukliny uwięzgniętéj, w których wykonano bezkrwawe odprowadzenie trzew uwięzgniętych, a wśród których znalazło się 6 przypadków powikłanych (cztery z zejściem śmiertelném) pomimo, że z objawów nie można było o powikłaniach myśleć, przychodzi autor do przekonania, że najwięcéj zasługuje na uwzględnienie twierdzenie Gosselina, który radzi w uwięzgniętéj przepuklinie pachwinowéj tylko w ciągu 47 godzin, w przepuklinie udowéj przed upływem 24 godzin bezkrwawo odprowadzać (*taxis*); stanowczo zaś potępia zdanie Schedego przemawiającego za odprowadzaniem bezkrwawém i to z użyciem nawet znaczniejszéj siły niż to bywa w zwyczaju, bez względu na czas wystąpienia przypadów uwięzgnienia, jeżeli tylko nie ma objawów zgorzeli jak zaczerwienienia i ciastowatego obrzęku skóry oraz niezwykłéj bolesności.

Z tych 6 przypadków powikłanych powstały w dwóch ropnie i przetoki kałowe, które po krótszym lub dłuższym czasie zupełnie się wygoiły. Cztery inne zakończyły się śmiercią a to trzy zaraz po odprowadzeniu w skutek dostania się kału lub septycznéj wody przepuklinowéj do jamy otrzewnowéj; czwarty w skutek pozornego odprowadzenia, które pociągnęło za sobą laparatomiję. Ten ostatni przypadek jako zasługujący na bliższą wzmiankę pozwolę sobie przytoczyć w streszczeniu. Mężczyzna 62 lat liczący z przepukliną pachwinową lewą niezupełną od 10 godzin uwięzgniętą, która w narkozie już za lekkim uciskiem rękami weszła do jamy brzusznéj tak, że zaniechano operacyi. Gdy chory żalił się na mocny ból brzucha i wymioty w drugim i trzecim dniu po odprowadzeniu przepukliny, a jelita rozdęte cieniowały się przez powłoki brzuszne, przypuszczono wrzekome odprowadzenie pętli jelitowéj i wykonano w czwartym dniu od wystąpienia niedrożności laparotomiję. W otwartéj jamie brzusznéj znaleziono jelito zaczerwienione, rozdęte, oblane skąpą ilością płynu mętnawego a w kanale pachwinowym lewym utwierdzoną pętlę jelitową, któréj część doprowadzająca była znacznie rozdęta a odprowadzająca zapadła. Przez lekkie pociągnienia wydobyto pętlę z uwiezgnięcia a znalazłszy jelito w długości 10 ctm. ze ścianami zaczerwionionemi, zgrubiałemi, o świetle zmniejszoném ale zdolne do życia, zaszyto jamę brzuszną. Chory umarł w 6 godzin po operacyi wśród gniecenia w dołku podsercowym i duszności. Sekcyja wykazała jako przyczynę śmierci zapalenie otrzewny. Laparotomija wykonana wcześniéj byłaby się prawdopodobnie zakończyła pomyślnie.

2) Przepuklin uwięzgniętych prostych, w których wykonał laparotomiję, było 41. Z tych 32 chorych wyzdrowiało a 9 umarło, co daje 21·9% śmiertelności. 35 razy otworzył worek przepuklinowy a 6 razy operował sposobem Petita, tj. przeciął pierścień zwężający nieotwierając worka przepuklinowego. Sposób ostatni wobec dzisiejszego leczenia ran przeciwgnilnego zalicza autor do repozycyi bezkrwawéj, dla tego jak w ostatniéj radzi tutaj zachować pewne ostrożności, tj. używać go tylko przed upływem drugiéj doby od wystąpienia uwięzgnięcia. Zdanie to popiera rozpatrzenie się w 6 przypadkach sposobem Petita operowanych, z których 4 zakończyły się pomyślnie, bo wykonane były przed nastaniem trzeciéj doby, dwa inne robione w szóstéj i siódméj dobie zakończyły się śmiertelnie. Co do przyczyny smierci powyższych 9ciu przypadków 1 zmarł z powodu *delirium potatorum*, ośmiu w skutek zapalenia otrzewny, choć operacyja była wykonana w czasie i jelito niebardzo zmienione. Byłyto przeważnie przepukliny znacznych rozmiarów, bo dochodziły niektóre do wielkości dużéj główki dziecka. Jelita w takich przepuklinach chociażby były mało zmienione przez usiłowaną repozycyję bezkrwawą wprowadzone nagle do jamy brzusznéj, oddziaływają szkodliwe na otrzewnę przez swoją objętość. W takim przypadku nie należy długo próbować repozycyi bezkrwawéj, lecz albo wyczekiwać albo przed upływem 12 godzin przystąpić do herniotomii a znalazłszy jelito zmienione wykonać resekcyję jelita i enterorafiję.

3). Postrzegał autor przypadki, w których powikłania nie stały w związku z przepukliną i tak: w jednym był obok przepukliny uwięzgniętéj *Volvulus, Haemorrhagia peritonaei*, w drugiém zapalenie otrzewny powstałe ze skrętu kątnicy uległéj początkowéj zgorzeli, w trzecim zapalenie otrzewny powstałe w skutek przedziurawienia wrzodu w dwunastnicy a w czwartym nacieki moczowe podotrzewnowe. W wszystkich tych przypadkach dopiero sekcyja wykazala właściwą przyczynę śmierci. Za życia wyraźne objawy uwięzgnięcia i istniejąca przepuklina nie pozwalały myśleć o innéj sprawie chorobowéj, dla tego poprzestano na herniotomii i odprowadzeniu jelita uwięzgniętego, nie szukając wcale innéj sprawy chorobowéj. Na podstawie tych przypadków wnosi autor, że ilekroć operujemy z powodu uwięzgnięcia przepukliny, a objawy ten stan znamienujące nie usrę-

pują pomimo odprowadzenia jelita uwięzgniętego, powinniśmy myśleć o innéj sprawie podobne przypady wywołującéj a wtedy bez wahania przystąpić jak najwcześniéj do laparotomii.

4) W przypadkach powikłań rozpaczliwych, w których znaleziono przy herniotomii worek przepuklinowy wypełniony kałem a jelito nadżarte już w jamie brzusznéj, radzi autor również przystąpić odrazu do laparotomii jako jedynego środka ratującego.

5) Opierając się na cyfrach własnéj statystyki, która przy herniotomii wykazuje 52% śmiertelności a zatém zupełnie taki sam odsetek, jaki wykazał Marc Girard z zestawienia przeszło półtora tysiąca przypadków, a nawet mniejszy niż go miał Billroth w szpitalu zurychskim, utyskuje autor na to, że na tak wysoki procent śmiertelności jedynie wpływa późne zgłaszanie się chorych do operacyi, którą poleca autor jak najwcześniéj wykonać a nie marnować drogiego czasu na manipulacyjach często zawodzących, a to tém bardziéj, że z jednéj strony możebność wykonania operacyi bez otwarcia otrzewny a z drugiéj antyseptyka dobry skutek prawie zapewniają.

6) W kwestyi, czy w razie zgorzeli pętli jelitowéj przystąpić do pierwszorzędnéj resekcyi i enterorafii, czy też po założeniu sztucznéj odbytnicy do wtórorzędnéj, staje autor na stanowisku odrębném od dotychczas zajmowanych. Przyznaje, że i jego statystyka enterorafii pierwszorzędnéj, bez krytyki wzięta, popiera zdanie tych, którzy przemawiają za sztuczną odbytnicą i wtórorzędną enterorafiją; lecz oddając słuszność pracom Kochera i Reichla wykazującym, że przez nagromadzoną treść rozdęte jelito doprowadzające nie znosi wszelkich manipulacyj a tém mniéj tak znacznych jak resekcyja i enterorafija, nie może autor odeprzeć dobrego podmiotowego wrażenia, jakie zrobiły na nim pojedyńcze udane przypadki resekcyi jako też doświadczenia Becka na zwierzętach. Stara się więc przedział pomiędzy zdaniami wypełnić wnioskiem pośrednim, który wysnuwa po części ze swych przypadków, a po części z owych doświadczeń Becka, a który brzmi, że w przypadkach uwięzgnięcia, gdzie zgorzel powstaje nader szybko, jak np. w skutek ucisku elastycznego odznaczającego się niezwykłym bólem, lub tam, gdzie sprzyjały warunki zewnętrzne, jak gniecenie itp. powstaniu wczesnéj zgorzeli, nie ma czasu na nagromadzenie się treści w jelicie doprowadzającém, a zatém i na rozdęcie jego ścian; że więc w takich przypadkach wskazaną jest resekcyja i enterorafija pierwszorzędna, podczas gdy wszystkie inne, osobliwie zaś te, które powstały w skutek zastoju kałowego kwalifikują się do założenia odbytnicy sztucznéj i enterorafii następowéj.

7) Zwraca uwagę, żeby nie wszędzie zakładać metodyczną odbytnicę sztuczną, mianowicie nie zakładać jéj tam, gdzie już dłuższy czas trwało uwięzgnięcie, osobliwie, jeżeli pętla uwięzgniona była albo bardzo małą albo nawet tak zwaną Littrégo, gdyż w takich razach może późniejsza przetoka kałowa wygoić się sama lub po założeniu kleszczy Dupuytrena. Wrazie zaś założenia metodycznéj odbytnicy sztucznéj radzi autor wprowadzić w doprowadzające jelito, a gdzie można w obydwa, gruby dren, przez co można zapobiedz obrzydliwemu zanieczyszczaniu się chorych i zbytniemu zwężeniu części odwodzącéj.

8) W końcu opisuje jeden przypadek resekcyi i enterorafii jelita, gdzie wskazanie było niezwykłe, bo niedrożność jelita wywołana zrostami w worku przepuklinowym. (*Medycyna* 1885. Nr. 16—19). *Dr. Stanisław Braun.*

## Wiadomości pomniejsze.

○ **Kofein jako miejscowy środek znieczulający.** Chemiczna analogija istniejąca między kokainem a kofeinem naprowadziła Dra Ferriera na myśl zrobienia doświadczenia z tym ostatnim na psie, u którego otrzymał zupełne znieczulenie na rogówce. Dnia następnego zgłosił się do szpitala robotnik uskarżając się na silny ból w oku z powodu utkwienia ciała obcego w rogówce. Dwie krople rozczynu solanu kofeinu 2·5 na 100 wkroplone do oka znieczuliły tak zupełnie oko, iż chory nie czuł nic w czasie wyjmowania ciała obcego. Po dwu tych spostrzeżeniach oznajmił Dr. Ferrier na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego, iż uważa solan kofeinu za środek znieczulający zupełnie taki jak solan kokainu i że można jeden drugim zastąpić, gdy idzie o miejscowe znieczulenie. To zgadza się zupełnie z doświadczeniem słynnego laryngologa Dra Fauvela, który w tém zastąpieniu widzi wielką korzyść finansową, bo cena kokainu jest jeszcze ciągle bardzo wysoką (30 fr. za gram) gdy kofeinu o wiele niższę (2 fr. za gram). Dr. Fauvel używa prawie wyłącznie kofeinu we wszystkich cierpieniach połyko-krtaniowych w rozczynie 2%, dodając 2 krople tegoż do małéj ilości wody i pomazując tym rozczynem części dotknięte, co sprawia bezzwłocznie ulgę. Pomazywanie trzeba kilkakrotnie przez dzień powtarzać, aby utrzymać znieczulający skutek tego środka. Dr. Laborde nie uważa jednak za właściwe zastąpienie kokainu kofeinem, bo robił kilka doświadczeń z tym ostatnim, równie jak z teinem a nie mógł otrzymać najmniejszego znieczulenia rogówki nawet używając zgęszczonego rozczynu. Prof. Panas obserwował w ostatnich czasach, że rozczyn kokainu wkroplony do oka, przeciwnie jak dawniéj podał, rozszerzał źrenicę tak jak atropin. Dochodząc przyczyny różnicy tego działania doszedł Dr. Panas do przekonania, że kokain, którego używał w tym razie, był odmiennym od kokainu zwykle używanego. Przy dalszych badaniach przekonał się, iż rzeczona istota była wytworem drugiéj maceracyi liści kokowych i zawierała znaczną ilość hygrinu, posiadającego własności midryjatyczne tak wybitne jak atropin, nie mając własności znieczulających kokainu, ztąd pewna liczba ujemnych wyników z próbkami drugiego rodzaju. (*The Lancet*, 1885, I, Nr. 21).

(W.) Dr. Tichomirow w klinice prof. Koszłakowa oznaczał ilość kwasu moczowego w moczu chorych gorączkujących, przyczém szczególną zwracał uwagę na stan organów trawienia i oddechania, a to w celu wyjaśnienia wpływu tych organów na wydzielanie kwasu moczowego. Oprócz oznaczania kwasu moczowego badał także wydzielanie mocznika, chlorków, fosforanów i kwasu siarkowego, obserwował temperaturę, tętno, oddechanie i ciężar. Takich obserwacyj przytacza 21: 7 w tyfusie brzusznym, 2 w plamistym, 1 w gośćcu, 5 w zapaleniu krupowém płuc, 2 w gruźlicy, 1 w zapaleniu otrzewny i 1 w raku wątroby. Autor przyszedł do wniosku, że kwas moczowy wcale się nie zwiększa w chorobach organów oddechania. I zmiany czynnościowe przewodu pokarmowego nie wpływają na ilość kwasu moczowego. W chorobach gorączkowych ostrych i chorobach wątroby ilość kwasu moczowego zwiększa się, przyczém w 1ym razie zależy to prawdopodobnie od znaczniejszego wytwarzania się kwasu moczowego w skutek rozpadu i zniszczenia komórek; w 2im razie od zamiejscowego przetwarzania się kwasu moczowego na mocznik w wątrobie. (*Wracz*, 1885, Nr. 23).

(W.) Dr. Puszkarew dla rozwiązania kwestyi, czy komplikacyje w krupowém zapaleniu płuc są skutkiem jednego i tego samego przyrzutu, czy też przypadkowo przyłączają się do choroby głównéj, poszukiwał prątków w różnych patologicznych

produktach ludzi cierpiących zapalenie płuc. W wypocinie ropnego zapalenia osierdzia i w przypadku *endocarditis ulcerosa*, powstałych w przebiegu zapalenia płuc, znalazł takie same koki jak w tkaninie zajętego płuca. Szczególną uwagę zwracał autor na zapalenie opon mózgu i rdzenia: w 5 przypadkach w ropie wziętéj z opon znalazł wielką ilość koków zupełnie podobnych do Friedländerowskich; naodwrót zaś w płynie wziętym z opon przy czystém zapaleniu płuc bez zap. opon mózgowych nie mógł znaleźć koków. Dla tego téż mniema, że przyczyną zapalenia opon mózgowych i rdzeniowych w przebiegu krupowego zapalenia płuc są te same pneumokoki. (*Wracz*, 1885, Nr. 25).

Ω J. Fodor, profesor higijeny w Budapeszcie, robił doświadczenia w celu rozstrzygnięcia pytania, **jaka jest różnica między działaniem wody czystéj a nieczystéj.** Wyniki tych doświadczeń stwierdza autor w następujących punktach: 1) Wody studziennéj czystéj można bez szkody królikowi wstrzyknąć do 10% ciężaru ciała pod skórę. 2) Wody czystéj przegotowanéj można wstrzyknąć bez jakichkolwiek złych następstw jeszcze większe ilości. 3) Woda zanieczyszczona nieprzegotowana wywoływała u większéj części królików objawy zatrucia. Występowały one już to w postaci podwyższenia, już to obniżania ciepłoty, biegunek, dreszczów itp., a często wśród tych objawów zwierzęta ginęły. Ilość wody potrzebna do zatrucia była różna. Również stopień zanieczyszczenia wody do potrzebnéj ilości jéj dla wywołania zatrucia był różny. Objawy durzycowe nawet wtedy u królików nie występowały, gdy woda pochodziła z domów z uderzająco częstą śmiertelnością z duru. 4) Własność wody zakaźna zwiększała się, jeżeli ją jakiś czas pozostawiono w cieplocie wylęgania. 5) Na podstawie powyższych spostrzeżeń należy wnioskować, że woda chemicznie nieczysta, najczęściéj posiada własności słabo zakaźne, że zatém woda taka na człowieka pojedyńczego, a zatém i na ogół zdrowia mieszkańców źle wpływać może. Zdaniem autora woda taka osłabia organizm, wywołując ciągle słabe objawy zakażenia istotami gnilnemi, a skutkiem tego podkopuje odporność przeciw wszelkim chorobom infekcyjnym i epidemicznym. (*Archiv f. Hygiene*, 1885, str 118—126).

Ω Rubasow: **O przechodzeniu prątków wąglika z matki na płód.** Autor zaszczepił pięciu ciężarnym świnkom morskim jad wąglikowy za pomocą wstrzykiwań pod skórę brzucha.— Część zwierząt zabił w czasie pierwszych objawów wąglika, część zaś zginęła śmiercią naturalną. Badanie płodów wykazało obecność charakterystycznych prątków wąglikowych, tak w mózgu jak i w śledzionie, wątrobie i nerkach. Prątki leżały zwykle w tkance po za naczyniami, rzadko w samych naczyniach. Również wykazać można było prątki w łożysku, w cieczy owodnéj, w surowicy otrzewnowéj. Hodowane prątki przeszczepione na zdrowe osobniki, wywoływały znów zarazę śledzionową. W jednym przypadku autor szczepił prątki ochronne Pasteura. W narządach płodu w tym przypadku wykryto bardzo nieliczne odosobnione prątki, z których hodowle przeważnie się nie poudawały. (*Comptes rendus* 1885, Nr. 6).

---

## V. Fizyczne sposoby leczenia Kornelijusza Celsa.

Podał **Dr. Stanisław Smoleński** w Jaworzu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

*b*) Ruchy bierne pewnych tylko części ciała obejmują zabiegi w skład dzisiejszego miesienia wchodzące. Należą tu obrabianie skóry przez jéj naciąganie i nacieranie; do nacierań używano zazwyczaj oliwy— mazanie—; o nacieraniach wodą będzie mowa poniżéj.

Działanie zabiegów tych Cels wyobraża sobie rozmaicie. Uwydatnia się to w następujących ustępach: W początkach suchót np., powiada autor, pożytecznie jest na czczo chwytać w różnych miejscach skórę (*cutem prehendere*) i naciągać (*attrahere*) dla zwiotczenia jéj (III, 22); w puchlinie nacierać głównie górne części ciała, aby ciepło sprowadzić do skóry aż do wystąpienia potów (III, 21), w którymto celu domięszywano do oliwy różne leki rozgrzewające (*calefatientia*); w bólach kulszowych używać kilka razy na dzień nacierań, szczególnie na słońcu, aby rozpędzić to, co gromadząc się, zaszkodziło; działanie nacierań zestawia tu autor z działaniem żegadła: oba sposoby ma się stosować na samych biodrach, a jeśliby tu były wrzody, to na innych miejscach ciała, aby odciągnąć szkodliwą materyję (IV, 22); po puszczeniu krwi drugiego dnia żyłę palcem nacierać, aby świeże spojenie rozeszło się i krew na nowo płynąć mogła (II, 10). W bólach daleko częściéj nacierać trzeba nie sam członek bolejący, lecz inny, szczególnie gdy chcemy z górnych lub środkowych części ciała odciągnąć materyję (II, 14), z téj téż przyczyny w ropieniach należy nacierać części zdrowe (III, 27), a w suchotach trzy do czterech razy dziennie silnie nacierać części obwodowe, samą zaś klatkę piersiową lekko tylko obrabiać (III, 22). Nacieranie członków niedomagających wzmacnia je (II, 14) i działa nasennie u majaczących, u których Asklepiades w tym celu zalecał łagodne nacierania, tak aby nacierający nie przyciskał nawet silnie ręki, któreto postępowanie może jednak sprowadzić letarg a nawet sen wieczny (III, 18). Znane było Celsowi i podniecające działanie nacierań, skoro u majaczących w razie zbytniego przygnębienia (*nimis tristitia*) poleca 2 razy dziennie obfite nacierania a po ustąpieniu gorączki radzi oględniéj nacierać podnieconych (*nimis hilares*) niż przygnębionych (*nimis tristes*) III, 18).

Nacierania suche lub oliwą pożyteczne są w różnych jeszcze chorobach: w padaczce ma się po obudzeniu całe ciało z wyłączeniem brzucha starą oliwą namaścić a po przechadzce znów w ciepłém miejscu silnie i długo, najmniéj dwieście razy przetrzeć; toż samo w zimnicy czwartaczce po napadzie gorączkowym; w bólach żołądka, w biegunce, w obrzmieniach śledziony. W chwili powstającego nieżytu dróg oddechowych i sapki trzeba po szybkiéj przechadzce głowę i usta 50 razy natrzeć, w porażeniach języka nacierać silnie głowę i kark; w bólach głowy z zaziębienia (*si frigus nocuit*) należy silnie ją wycierać a w nieżycie odetchów trzeba w pierwszych zaraz dniach mocno nacierać dolne części ciała, lżéj klatkę piersiową i głowę, co równie pożyteczne, gdyż nieżyt opuścił się już ku płucom.

Użycie oliwy do nacierań nie jest rzeczą podrzędną, bo samo mazanie (*unctio*) ciało wzmacnia, ogrzewa i wysusza (I, 3). Pożyteczne więc w padaczce, w cierpieniach stawów, w trzęsieniu nerwowém, w niestrawności, także po podróży męczącéj i w czasie zarazy. W bólach nerwowych należy część bolesną namazać wodą z nitrum (soda) bez oliwy i zawinąwszy trzymać nad zarzewiem, do którego dodano siarki, i w ten sposób podkadzać. Jeżeli obwodowe członki ziębną, dobrze jest ogrzewać je rękoma namaszczonemi i ciepłemi, niemniéj pożyteczne namaszczenie w gorą-

czkach. Po ćwiczeniach radzi Cels namaścić się na słońcu lub przy ogniu, zmęczonym toż samo w ciepłém miejscu, na słońcu lub przy ogniu i pocić się; w cierpieniach głowy nie czynić nigdy namaszczenia przy płomieniu (*ad flammam*) lecz niekiedy przy zarzewiu (*ad prunam*). Mazanie stanowi prócz tego część składową różnych zabiegów wodnych, szczególnie napotnych. O tém poniżéj.

Między namaszczeniem a nacieraniem (*frictio, fricatio*) wielka jest różnica. Mazać bowiem i lekko obrabiać ciało można i w świeżych i ostrych chorobach, byle tylko podczas zwolnienia i przed jedzeniem; długiego zaś nacierania nie należy używać ani w chorobach ostrych, ani wzrastających, chyba aby działać nasennie w majaczeniach. Mówią niektórzy, dodaje Cels, że wszelka pomoc jest konieczną w porze wzrastania chorób, nie zaś, gdy już same przez się mają się ku końcowi. Ale rzecz ta ma się inaczéj. Bo chorobę, która i sama przez się pomyślnieby się zakończyła, można rychléj usunąć przez zastosowanie odpowiedniego środka, a takie przyspieszenie z dwóch przyczyn jest potrzebném: najprzód, aby jak najrychléj przywrócić zdrowie, powtóre, aby resztki choroby choćby z błahéj przyczyny nie na nowo wzmogły się. Albowiem może pozostać zboczenie mniéj ciężkie niż było, a przecież nie ustąpić zupełnie, lecz trzymać się chorego jakiemiś resztkami, które zastósowana pomoc rozprasza.

Nie ulega wątpliwości, że Asklepiades i szersze i jaśniejsze podał przepisy o wskazaniach i sposobach nacierania, ale przecie nic nie wynalazł, czegoby nie był niewielu objął słowy najdawniejszy pisarz Hippokrates, według którego silne nacieranie hartuje ciało a lekkie miękczy, częste je uszczupla, a w miarę wykonywane wzmacnia (Hippokrates, *de officina medici.*). Z tego wypływa, że wtenczas używać go się winno, gdy ciało zwiotczałe trzeba ściągnąć albo stwardniałe rozmiękczyć, rozpędzić materyję tam, gdzie jéj nadmiar szkodzi, krzepić co jest nikłém i słabém.

Hippokrates powiedział: ἰητρική γάρ ἐστι πρόσθεσις καί ἀφαίρεσις (*De flatibus*). Zgodnie z tém mówi Cels, że każdy środek leczniczy albo ujmuje materyi albo jéj dodaje, wyciąga ją lub tłumi, oziębia lub ogrzewa a równocześnie albo ją czyni twardą albo miękczy. Niektóre środki nietylko jednym z tych sposobów pomagają, ale i dwoma nieprzeciwnemi sobie. Tak sprowadza Cels różne działanie nacierań do jednéj przyczyny: *frictione demitur materia* (II, 9). Bo ściąganie polega na odejmowaniu tego, co sprawiało wiotkość, zmiękczenie polega na odciągnięciu tego, co tworzyło twardość, a wzmocnienie nie pochodzi od samego nacierania, lecz od pożywienia, które przenika do skóry przez nacieranie zwiotczałéj. Działanie więc nacierań polega ostatecznie zawsze na odejmowaniu materyi: *diversarum vero rerum in modo causa est* (II, 14).

Nacierania wykonywa się na całém ciele, jeżeli mamy wzmocnić człowieka osłabionego, albo na pewnéj tylko części, gdy tego wymaga osłabienie téj właśnie części lub innéj. Bezpośredniém nacieraniem można uśmierzyć długie bóle głowy, byle nie stósować go podczas samego napadu, i inne członki można nacieraniem ich wzmocnić. Ale daleko częściéj należy nacierać nie członki bolejące lecz inne, mianowicie gdy chcemy odciągnąć materyję z narządów górnych lub środkowych. Nie trzeba słuchać tych, którzy określają liczbami, ilekroć ktoś ma być nacierany; o tém tylko wedle sił chorego wnioskować można: np. u bardzo słabego może wystarczyć 50 razy, u silniejszego może potrzeba i 200 razy, a między temi granicami wedle zasobu sił. Ztąd też pochodzi, że mniéj często należy stósować nacierania u niewiasty niż u mężczyzny, mniéj często u dziecka niż u młodzieńca. Tudzież ilekroć naciera się pewne tylko członki, można to czynić długo i silnie, bo przecież nacierając pewną tylko część, nie możemy szybko osłabić całego ciała, a wszakże potrzeba jak najwięcéj rozpędzić materyi, czy samemu członkowi nacieranemu, czy przezeń innemu ulżyć chcemy. Przeciwnie, gdy dla ogólnego osłabienia nacierać musimy całe ciało, musimy to czynić krócéj i łagodniéj, aby tylko zwierzchnią warstwę skóry zmiękczyć i uczynić przystępną dla nowéj materyi z świeżego pożywienia. W niebezpieczeństwie jest chory, gdy zewnętrzna powłoka ciała ziębnie a części wewnętrzne wśród pragnienia pałają; ale właśnie wtenczas jedyną pomocą jest nacieranie, które wywołując ciepło może uczynić miejsce dla jakiegoś lekarstwa (II, 14).

Powiedzieliśmy już, że Cels nie zgadza się z radą Asklepiadesa, aby celem wywołania snu i gorączkujących nacierać. Zdaniem naszego autora brak snu zależy od nasilenia gorączki, a ponieważ nacieranie tylko podczas zwolnienia jest skuteczném, dla tego w tych przypadkach trzeba go zaniechać. Czasem tylko i gorączka ciągła, niezwalniająca, byle nie w porze wzrastania, może się nadawać do nacierań. Natomiast uważa Cels nacieranie za skuteczny środek zapobiegający gorączkom. Dla tego każe chorego podczas napadu dreszczu nacierać tak silnie, jak tylko tenże znieść może, szczególnie ręce i nogi i nie ustawać w tém, choćby dreszcz znów wrócił, *saepe enim pertinacia juvantis malum corporis vincit* (III, 12).

Jak się wyżéj rzekło, Cels uzasadniał teoretycznie potrzebę nacierań miejscowych i częściowych. Poleca je też w bardzo wielu chorobach: w czasie nadchodzącéj gorączki każe nacierać części, o które najwięcéj się obawiamy, — w tężcu nacierać wszystkie kręgi, szczególnie szyjne, dniem i nocą z przerwami, — w dychawicy nacierać części dolne już samemu choremu, jużtéż przez kogoś innego, na słońcu lub przy ogniu aż do wystąpienia potów, — w owrzodzeniach gardła nacierać silnie od klatki piersiowéj całą część dolną, — w zapaleniu płuc nacierać dwa razy dziennie najdłużéj w okolicy łopatek, tuż po ramionach, nogach, goleniach, w okolicy płuc łagodnie, — w chorobach wątroby i kiszek grubych nacierać podczas bólu części obwodowe, t. j. golenie i ramiona dla odciągnięcia materyi, w obrażeniach stawów nacierać części od rany odległe itd.

Natomiast nie każe czynić nacierań w biegunkach a w krwiopluciu uważa je za wręcz szkodliwe, dopiero gdy krew nie pokazuje się więcéj, można nacierać poczynając od ramion i goleni, oszczędzając zupełnie klatkę piersiową.

Na siłę, z jaką nacierania ma się wykonywać (*frictio lenis, valida, vehemens*), Cels wielki kładzie nacisk. Np w puchlinie podskórnéj radzi nacierać rękoma dziecięcemi lub niewieściemi, aby dotknięcie było tém łagodniejszém, również w bólach nerwowych każe w pewnych razach czynić nacierania raczéj rękoma dziecięcemi niż męskiemi.

II.

Do nacierań zalecał Cels często używać wody, szczególnie zimnéj. To nas prowadzi do drugiéj części pracy, mianowicie do rozpatrzenia, o ile autor nasz stósował zabiegi w skład hydroterapii wchodzące.

Z zabiegów wodnych Cels przytacza mniéj lub więcéj obszernie: nacierania wodą, omywania, polewa-

nia, natryski, różne kąpiele i zabiegi napotne, okłady i miejscowe użycie pary wodnéj, wstrzykiwania i lawatywy, picie wody.

1) Nacierania wodą. Cels wyraźnie zaznacza, że użycie wody do nacierania zabiegowi temu odrębne nadaje znaczenie. Mówiąc o gorączkach przewlocznych ciągłych, powiada: W tym przypadku lekarza staraniem ma być zmienienie choroby, bo być może, że w ten sposób będzie ona przystępniejszą dla leczenia Dla tego radzi chorego często obrabiać wodą zimną z dodatkiem oliwy, albowiem dzieje się niekiedy tak, że powstaje dreszcz i tworzy się niejako początek nowego ruchu, poczém gdy ciało bardziéj się rozgrzeje, nastaje nawet zwolnienie (III, 9). Widzimy z tego, że Celsowi nie obce były objawy odczynowe po zewnętrznem zastosowaniu wody zimnéj i wpływ ich na obniżenie ciepłoty.

Zresztą nacieranie wodą rzadko było używane jako odrębny zabieg leczniczy, częściéj wchodziło ono w skład różnych zabiegów wykonywanych w kąpieli — o czém niżéj.

2) Omywania (*lavatio*) wodą zimną w lecie są dobrym środkiem dla zachowania zdrowia, a ciepłe stósowne dla dzieci i starców. Używano ich także jako zakończenia zabiegów napotnych, polecano w przypadkach opieszałego trawienia itd.

3) Polewania (*perfusio*) stósowano głównie w cierpieniach głowy, bo *capiti nihil aeque prodest atque aqua frigida* (I, 4). W osłabieniu głowy (*cui caput infirmum est*) poleca po kąpieli i potach zlewać całe ciało po głowie wodą ciepłą, potém letnią, nareszcie zimną i to dłużéj polewać głowę niż resztę ciała; ktoby resztę ciała chciał oszczędzić, niech głowę pochyli, aby woda na kark nie spływała, oraz aby nie szkodziła oczom lub innym częściom, ma spływającą wodę rękoma na głowę podgarniać. W bólach głowy każe włosy ostrzydz do skory i uważać, jaka przyczyna ból wywołała: jeżeli ciepło, to dobrze jest obficie zimną wodą oblewać głowę, jeżeli zaś zimno zaszkodziło, to czynić to ciepłą wodą morską. Gdzie przyczyna nieznana, radzi zlewać głowę najprzód wodą ciepłą, potém zimną i uważać, czy oziębianie czy ogrzewanie ból uśmierza i to stósować, skuteczność czego doświadczenie stwierdziło. Polewania głowy wodą zimną pożyteczne są u majaczących z cechą podniecenia oraz najsilniejszym środkiem celem cucenia letargicznych, których po zwolnieniu trzeba polewać trzema lub czterema dzbankami wody; w tężcu można kark obficie polewać wodą ciepłą, co chwilowo pomaga, ale czyni nerwy wrażliwszemi na zimno. Niemniéj pożyteczne są zimne zlewania w chorobach wątroby, w nieżytach dróg oddechowych, w upławach nasiennych, biegunkach.

4) O użyciu natrysków w dwóch miejscach Cels czyni wzmiankę. W osłabieniu głowy radzi przez lato od czasu do czasu puszczać na głowę obfity prąd wody (*bene largo canali caput subjicere*, I, 4); w niestrawności zaś żołądka poleca puszczać prądy wody na sam żołądek a jeszcze więcéj od łopatek na okolicę przeciwległą żołądkowi (*canalibus stomachum subjicere*, IV, 5).

O właściwych natryskach, szczególnie kroplistych, znanych w Rzymie od dawna a przez Asklepiadesa w bólach głowy i chorobach umysłowych rozlegle polecanych, Cels nie wspomina (*balinea pensilia*).

5) Kąpiel (*balneum*) po śniadaniu krzepi ciało, po jedzeniu ochładza, kąpiel naczczo, jak w ogóle woda ciepła, *si quis in eam descendit*, wycieńcza i tętno pobudza (III, 6) częsta kąpiel wilgoci, gdy ciepło suche (*sine aqua calor*) i woda zimna wysuszają (I, 3). Kąpiel należy odbywać w izbie jak najwięcéj wysokiéj, widnéj i obszernéj. (C. d. n.)

## VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

○ Dziennik ustaw i rozporządzeń krajowych dla królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z W. Ks. Krakowskiém. Część XIII, zawiera Nr. 36: Ogłoszenie Wydziału krajowego o podniesieniu od 1 czerwca r. b. taksy w szpitalu powszechnym w Biały od dorosłych z 45 ct. na 55 ct., a od dzieci z 25 ct. na 30 ct. od osoby i dnia, oraz Nr. 37 takież ogłoszenie co do szpitala powszechnego w Przemyślu, gdzie podniesiono od 1 czerwca taksę dzienną od dorosłych z 46 ct. na 48 ct., a od dzieci z 20 ct. na 24 ct.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 21—27 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 38,0. Z płonicy umarło 0 (2 z. t.); z odry 4 (3 z. t.); z błonicy 2 (3 z. t.); z duru brzusznego 0 (2 z. t.); z róży 3 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 24 przypadkach odry, 2 błonicy, 1 duru brzusznego, 1 róży. W tygodniu od 14—20 czerwca umarło z ospy w Londynie 21, leczyło się w szpitalach 1119, świeżo zapadło 190. W Wiedniu umarło z ospy 35, w Bazylei, Paryżu, Glasgowie, Manszestrze, Petersburgu i Odesie po 1; w Wenecyi 2; w Warszawie 3; w Pradze, Rzymie i Bombayu po 4; w Kalkucie 5. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 2. Z cholery umarło w Kalkucie od 3—9 maja 31; w Bombayu od 13—19 maja 12.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 14—20 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 36,6; w Warszawie 32,1; Poznaniu 34,2; w Wiedniu 34,5; w Pradze 41,8; w Berlinie 31,0; w Hamburgu 23,6; w Gdańsku 25,3; w Mnichowie 32,6; w Dreźnie 23,3; w Lipsku 21,8; w Bazylei 21,2; w Brukseli 20,4; w Amsterdamie 21,4; w Hadze 21,6; w Paryżu 20,8; w Londynie 16,4; w Kopenhadze 21,2; w Stokholmie 27,8; w Chrystyjanii 14,6; w Petersburgu 25,3; w Odesie 44,7; w Rzymie 22,4; w Wenecyi 23,2; w Bukareszcie 24,7; w Aleksandryi 37,8; w Nowym Yorku 25,1; w Filadelfii 19,2; w Bombayu 26,9; w Madrasie 33,1.

*J. B.*

## VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 lipca. W sobotę odbył się w sali wykładowéj kliniki lekarskiéj wykład habilitacyjny Dra A. Gluzińskiego, poczém Wydział uznawszy, że kandydat uczynił zadosyć wszystkim wymaganiom prawnym, uchwalił przedstawić akt habilitacyjny Wys. Ministerstwu do zatwierdzenia.

* Na ostatniém posiedzeniu Wydziału lek. przedłużono Drowi Wiczkowskiemu asystenturę przy katedrze chemii lekarskiéj na dalsze 2 lata.

* W skutek tegorocznego konkursu Towarzystwa Wzajem. Pomocy uczniów U. J. pierwszą nagrodę otrzymała praca Karlińskiego Justyna i Rosenbuscha Leona, Drandów medycyny, pod tytułem: „Zbadać na materyjale kliniki lek. w półroczu zimowém 1884/5 zachowanie się drobnowidowe kału we wszystkich przypadkach chorób żołądka i jelit“. Drugą nagrodę otrzymała praca Grossa Salomona, Dranda medycyny, pod tytułem: „Stwierdzić za pomocą odpowiednich przyrządów zachowanie się tętna i ruchów serca we wszystkich wadach sercowych w półroczu zimowém 1884/5 w klinice lek. leczonych z szczególnem uwzględnieniem wpływu leków na serce działających“. Trzecią nagrodę otrzymały: praca Langiego i Steinkellera słuchaczów III r. medycyny pod tytułem: „Porównawcze doświadczenia w celu dokładnego ilościowego oznaczenia kwasu moczowego w moczu“.

* Na posiedzeniu Rady m. Krakowa odbytém d. 9 lipca na wniosek radzcy miejskiego Dra Kohna, poparty następnie i rozszerzony przez radzców prof. Zolla, Dra Warschauera i prezesa Majera Rada uchwaliła prawie jednogłośnie wyrazić fizykowi miejskiemu Drowi Buszkowi uznanie za sumienne gruntowne opracowanie sprawozdania za r. 1883, ogłoszonego niedawno drukiem, a o którém wspomnieliśmy w Przegl. Lek.

* Z *Kroniki Lekarskiéj* dowiadujemy się, że Dr. Julijan Kramsztyk odbył dwie lekcyje próbne celem otrzymania sto-

pnia docenta prywatnego chorób dziecięcych w Uniw. warszawskim, i że obie lekcyje uzyskały prelegentowi aprobatę Wydziału.

* W Rożnowie było dotąd gości 875, w Cieplicach czeskich 4.021, w Gainfarn 693, w Giesshüblu 254, w Luhaczowicach 658, w Szczawnicy 1377.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Graz.** Dziekanem na rok przyszły wybrany został prof. Blodig. — **Praga czeska.** Wydział krajowy zgodził się na urządzenie w zakładzie dla obłąkanych dwóch klinik psychijatrycznych. — **Getynga.** Prof. Merkel z Królewca przyjął ofiarowaną sobie katedrę po Henlem. — **Bonna.** Rektorem uniwersytetu wybrany prof. Binz.— **Berlin.** Mianowany w miejsce Frerichsa prof. Gerhardt urodził się w Spirze d. 5 maja 1833 r., nauki lekarskie ukończył w Würzburgu za rektorstwa Scanzoniego, poczém był asystentem przy katedrze anatomii, przez pół roku zastępcą asystenta przy Bambergerze, późniéj w Tybindze asystentem Griesingera a w r. 1860 docentem w Würzburgu; w r. następnym powołany został do Jeny, a w r. 1872 objął w Würzburgu katedrę po Bambergerze. — **Dorpat.** Docent prywatny Dr. Bunge powołany został jako profesor chemii lekarskiéj do Bazylei i wezwaniu uczyni zadość. — **Charków.** Prof. higijeny Jacoby przenosi się do Kazania.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. n. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Bogumił Bieńkowski z Mszanic w Galicyi i Aleksander Steuermark rodem z Działoszyc.

* **Nekrologjia.** W Gryfii umarł nagle prof. chirurgii Paweł Vogt, który przed paru laty dopiero objął katedrę po Hüterze. Zmarły liczył dopiero lat 41. — W Monachijum umarł nadzw. prof. farmakologii Boeck, w N. Yorku zaś b. prof. fizyjologii w Lugdunie Dr. Picard, uczeń Kl. Bernarda w 47 roku życia. W Pułtusku umarł Dr. med. Józef Wasiewicz (*Medycyna).*

**Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 28: Neugebauera: Dwa przypadki pęknięcia ciał obcych śpiczastych z pomyślném zejściem. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 28: Kamockiego: Gruczolak naczyniówki zbłąkany; Chełchowskiego: Przypadek pierwotnego raka pęcherza moczowego; Kijewskiego: Sprawozdanie z sekcyj wykonanych w pracowni anatomo-patologicznéj (c. d.).

**Piśmiennictwo lekarskie.** HUFF Alb. Ueb. Febris recurrens. Nach Beob. in der Epidemie 1883—84 zu Riga. gr. 8. Mit 1 Curventaf. Dorpat, Karow. M. 1.50.

LÉPINE R. Die Fortschritte der Nierenpathologie. Deutsch v. Havelburg. Mit Vorw. v. Senator. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 5.

We Środę d. 22go t. m. odbędzie się posiedzenie **prywatne** Towarzystwa lekarskiego w Sali Akademii Umiejętności o godzinie 6téj w celu omówienia sprawy obchodzącéj wielu kolegów a poruszonéj przez kolegów Domańskiego, Jordana i Pareńskiego.

Na fundusz Kasy wsparcia Tow. lek. gal. złożyli Dr. Ulanowski z Lublina 3 rs. (=3 złr. 72 kr.), Dr. Krasuski z Nowo-Mińska 2 rs. (= 2 złr. 48 kr.).

Na fundusz portretu śp. prof. Kozubowskiego złożyli: Dr. Ulanowski z Lublina 2 rs. (= 2 złr. 48 kr.), Dr. Janczewski z Bychawy 1 rs. (= 1 złr. 24 kr.), Dr. Jentys z Lublina 1 rs. (= 1 złr. 24 kr.). Dr. Żański z Janowa 1 rs. (= 1 złr. 24 kr.), Dr. Krasuski z Nowo Mińska 1 rs. (= 1 złr. 24 kr.), co czyni razem z poprzednio złożonemi składkami kwotę 296 złr. 59 kr.

**Do Nru dzisiejszego dołącza się ogłoszenie księgarni Gubrynowicza i Schmidta o wydaniu dzieł Mickiewicza.**

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**



Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.